

# PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無 **あり**

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名: **武蔵野赤十字病院**

平成29年9月1日現在

■ 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、地域に対して行っている情報提供を記載してください。

- ① 院内の見やすい場所に掲示している
- ② 院内誌、チラシ等で広報している
- ③ ホームページに掲載している
- ④ ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載してください

**いいえ** (はい/いいえ)  
**いいえ** (はい/いいえ)  
**はい** (はい/いいえ)

<http://www.musashino.irc.or.jp/introduction/images/14-259-2.pdf>

- ⑤ 地域の広報誌等で広報している
- ⑥ その他の方法で掲載している
- ⑦ その他の方法がある場合、内容を記載してください

**いいえ** (はい/いいえ)  
**いいえ** (はい/いいえ)

■ 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、必要に応じて図表などを活用し、具体的に記載すること。

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

	課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
例)	患者満足度の向上	退院患者の80%が入院治療環境に満足する	3か月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1	国立がんセンターQI研究データの活用	集計結果を該当する診療科に解説を加えデータ提供を行う	データ提供後に有効性についてのアンケートを行う
2	がん連携パスの管理強化	受診の遅れをなくす	次回来院管理システムを用い、受診が遅れている患者を抽出する
3	緩和スクリーニングの活用(外来)	対応内容の充実を図る	一ヶ月ごとに対応内容の評価
4	がん診療体制の質評価調査	自院の課題を把握・検証し改善を図り、診療の質の向上	「がん診療体制の質評価調査」に参加し、改善管理ツールを使用
5			

上記の目標に向けた活動計画の予定(未定の場合には、未定と記入)

1	該当科を選定し、解説を加えたデータ提供を行い、その後アンケートを実施する
2	受診が遅れている患者を抽出し、医師に確認後かかりつけ医に毎月手紙を送付する
3	外来関連の各部署に対し3ヶ月ごとにスクリーニング内容と対応率のフィードバック
4	多職種を交え問題点を抽出し、改善に取り組む
5	

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙46を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 **なし** (あり/なし)  
 ファイル形式 **(ワード/一太郎/リッチテキスト/エクセル/パワーポイント/PDF/その他)**  
 その他の場合ファイル形式を記載してください。